



問診票

フリガナ	
氏名 (本人)	
診察券	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> はじめて (初診) <input type="checkbox"/> ある 診察券番号 <input type="text"/>
生年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 才
保護者氏名 <small>※上記が未成年者の場合</small>	
ご住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
電話番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="text"/>
メールアドレス <small>※当院からご連絡させていただく場合がございます。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 保護者携帯 <input type="text"/>
学校名 (本人)	
勤務先名 (本人・保護者)	
転居の可能性	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※あると答えた方へ ①いつ頃ですか? <input type="text"/> ②場所はどこですか? <input type="text"/>



1) 当院を知ったきっかけは何ですか？ 【例】歯科医院からの紹介/ホームページを見て/知人からの紹介	
2) 今回はどうされましたか？ 【例】学校検診/歯並びを知人に指摘されて	
3) どのような目的で、問い合わせをしましたか？ 【例】歯並びについて/ホワイトニング希望/歯のクリーニング希望/セカンドオペニオン希望	
4) 過去に大きな病気にかかったことがありますか？ 【例】心疾患/顔面骨折/無カタラーゼ症	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※あると答えた方へ 病名 <input type="text"/>
5) 過去に感染症にかかったことがありますか？ 【例】B型肝炎/ C型肝炎/ HIV/梅毒	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※あると答えた方へ 病名 <input type="text"/>
6) 現在、服用しているお薬があれば教えてください ※お薬手帳をお持ちの方は、来院時にご持参ください。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※あると答えた方へ 何のお薬ですか？ <input type="text"/>
7) 食べ物・お薬・金属・歯科麻酔薬などでアレルギー等を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※あると答えた方へ 何のアレルギーですか？ <input type="text"/>
8) 女性の方のみお応えください	<input type="checkbox"/> 現在妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 現在授乳中
9) 歯並びで気になる場所はどこですか？ 【例】がたがた/出っ歯/受け口/あごのゆがみ	

<p>10) 日常生活での癖などありますか？ 【例】指しゃぶり/うつぶせ寝/頬杖/歯ぎしり</p>	<p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>※あると答えた方へ</p> <p>どのような癖ですか？ <input type="text"/></p>
<p>11) ご家族で矯正治療の経験がある方がいますか？ 【例】母/兄弟/いとこ</p>	
<p>12) 矯正治療をする上で、重要視するところはどこですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 期間 <input type="checkbox"/> 目立たない</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="text"/></p>
<p>13) 過去に矯正相談を受けたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>※あると答えた方へ</p> <p>歯科医院名 <input type="text"/></p>
<p>14) 普段、むし歯など治してもらいかかりつけ歯科医院はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>※あると答えた方へ</p> <p>歯科医院名 <input type="text"/></p>
<p>15) 現在、治療中の歯はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p>
<p>その他、歯並び以外で気になるところ、心配な点など自由に記載ください。</p>	



ご記入いただきありがとうございました。
お気をつけてお越しくださいませ。

